MEMORANDO

Radicado No: 202433300000061483

Para: LUZ MILA MEDINA ROMERO
Coordinadora Financiera

Asunto: **Solicitud tramite pago sexto desembolso Convenio Interadministrativo ESE Baranoa (08004652024)**

Fecha: 2024-12-20

Me dirijo a usted con el fin de solicitar adelantar trámite de pago sexto desembolso correspondiente al Convenio Interadministrativo con la ESE Hospital de Baranoa quienes ejecución de la modalidad 1000 días para cambiar el mundo en los municipios de Tubara (11 cupos), Galapa (19 cupos), Baranoa (42 cupos), Sabanalarga (50 cupos), Repelón (50 cupos), Manatí (50 cupos), Luruaco (50 cupos), Puerto Colombia (28 cupos), y cuyo objeto es “Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos, administrativos y financieros para la implementación de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo, en concurrencia con los servicios propios del sistema de salud colombiano para la atención y prevención de la desnutrición aguda moderada y severa”.

Se adjunta documentación requerida, según procedimiento establecido.

Cordialmente,

LUZ EMIR ASPRILLA MORENO
Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Regional Atlántico ICBF

Anexo: __ documentos anticipo recursos (convenio interadministrativo ESE Santo Tomás)

Aprobó: Luz Emir Asprilla Moreno – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Revisó: Luz Emir Asprilla Moreno – Coordinadora Grupo Asistencia Técnica
Proyectó: Rosemary Mendoza Soto – Grupo Asistencia Técnica

Yo, **ROSEMARY MENDOZA SOTO**

en mi calidad de SUPERVISOR, INTERVENTOR O INTERLOCUTOR del documento relacionado a continuación, certifico para efectos del presente pago, que el proveedor o contratista ha cumplido con las obligaciones financieras consignadas en el documento contractual, ha acreditado y demostrado el pago de los aportes a la Seguridad Social Integral y Parafiscales en los montos y plazos establecidos, verificando el cumplimiento conforme a lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 ó ha acreditado y demostrado cumplir lo descrito en el Art. 114-1 del Estatuto Tributario y el art. 65 de la Ley 1819 de 2016. En tal virtud, autorizo el pago conforme al siguiente detalle:

1. DATOS GENERALES

NOMBRE DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA	ESE HOSPITAL DE BARANOA					
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN	Nit	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	890103002-7			
TIPO DE DOCUMENTO FUENTE	CONVENIO	NÚMERO DOCUMENTO FUENTE	08004652024	FECHA SUSCRIPCIÓN	30 (día) junio (mes) 2024 (año)	
PLAZO DE EJECUCIÓN	DESDE 5 (día) julio (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	RÉGIMEN TRIBUTARIO		
FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN	20 (día) diciembre (mes) 2024 (año)					

2. DATOS DEL PAGO

PAGO CON CARGO A:	Vigencia	PAGO No:	6	DE	6
VALOR A PAGAR	$ 188.516.084,00	EN LETRAS	CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS		
PERÍODO DE PAGO	DESDE 1 (día) diciembre (mes) 2024 (año)	HASTA	31 (día) diciembre (mes) 2024 (año)		

2.1 AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	RPC	RECURSO	IDENTIFICADOR PRESUPUESTAL	DEPENDENCIA DE AFECTACIÓN DEL GASTO	USO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	141824	27	C-4602-1500-5-30205B-4102016-02	101 ATENCIÓN Y PREVENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN	02-02-02-009-003-05 OTROS SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	$ 188.516.084,00

NOTA: LOS REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DEL PAGO ESTÁN ESTABLECIDOS EN LA RESOLUCIÓN VIGENTE DEL PROCESO GESTIÓN FINANCIERA

2.2 INFORMACION BANCARIA

CONSIGNAR EN EL BANCO:	BANCOLOMBIA	NÚMERO DE CUENTA	59500001221	TIPO DE CUENTA	AHORRO

3. OBSERVACIONES

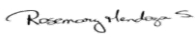
4. ANTICIPOS

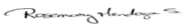
VALOR A PAGAR	$ - A	EN LETRAS			
AMORTIZACIÓN ANTICIPO	$ -	CUOTA NÚMERO		DE	

5. APLICACIÓN DEL PAGO

PAGO CORRIENTE		
GASTOS DE FUNCIONAMIENTO	VALOR	$ 188.516.084,00
GASTOS DE INVERSIÓN DIFERENTES A INFRAESTRUCTURA	VALOR	
GASTOS DE INVERSIÓN INFRAESTRUCTURA	VALOR	
TOTAL PAGO CORRIENTE	VALOR	$ 188.516.084,00
TOTAL A PAGAR (A+B)	VALOR:	$ 188.516.084,00

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

SUPERVISOR(ES), INTERVENTOR(ES) O INTERLOCUTOR(ES) DEL CONTRATO				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL / SDG**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
ROSEMARY MENDOZA SOTO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FUNCIONARIO FINANCIERO DESIGNADO / ÁREA O CENTRO ZONAL				
NOMBRE	**CARGO**	**DIRECCIÓN REGIONAL**	**ÁREA O C.Z.**	**FIRMA**
FARID GARIZABALO ANAYA	APOYO NUTRICION GAT	ATLANTICO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA	

RESPONSABLE DEL VISADO DE PAC			
NOMBRE	**ÁREA**	**FIRMA**	**FECHA (dd/mm/aaaa)**
ROSEMARY MENDOZA SOTO	GRUPO ASISTENCIA TECNICA		

ESPACIO PARA SER DILIGENCIADO ÚNICAMENTE POR LAS PAGADURIAS			
RECEPCIÓN DOCUMENTOS			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
DEVOLUCIONES			
NOMBRE QUIÉN DEVUELVE	FECHA DE DEVOLUCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA
RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DESPUÉS DE EFECTUADA LA DEVOLUCIÓN			
NOMBRE QUIÉN RECEPCIONA	FECHA DE RECEPCIÓN	HORA DE RECEPCIÓN	FIRMA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012



ESE Hospital de Baranoa

Nit	890103002
Dirección	Calle 19 # 20-10
Telefono	3161198
Email	facturacion@esehospitaldebaranoa.gov.co

CUFE ac609c106310230bd4cb556eb09a06ddcded4213770b3f503b9773b1f61d1bdf122010e0bfba89f58bc4d231348bc98b

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

Cliente	INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR FAMILIAR ICBF	**Factura No**	FEB2974
Identificación	NI899999239	**Fecha Generacón**	20/12/2024
Direccción	KRA 68 No.64C - 75	**Vencimiento**	20/12/2024
Telefono	3683468-3608940	**Forma de Pago**	Credito
Descripción			

Descripcion	Cantidad	Descuentos	Total Iva	Total
Sexto desembolso del convenio interadministrativo No 08004652024, Aunar esfuerzos humanos, técnicos, tecnológicos y administrativos para la implementación de los 1.000 días, en la atención y prevención de la desnutrición aguda moderada y severa.	1	0,00	0,00	188.516.084,00

Resolucion DIAN de Facturacon Electronica 18764081845821 de fecha 2024-10-21 de Rango FEB 1 Hasta 20000

Son ; **CIENTO OCHENTA Y OCHO MILLONES QUINIENTOS DIECISEIS MIL OCHENTA Y CUATRO PESOS /MCTE**

Total Bruto	188.516.084,00
Copago	0,00
IVA	0,00
Total Factura	188.516.084,00

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA

Baranoa, Diciembre 19 de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ATLANTIO
Dra. ROSEMARY MENDOZA
Supervisora del convenio No. 08004652024

Asunto: Certificado aclaratorio de la cuenta de cobro.

El suscrito Ramiro Hernando Rada Goenaga, en calidad de Gerente y representante Legal de la ESE Hospital de Baranoa, en desarrollo del convenio No.08004652024 suscrito con el INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ATLANTIO, certifica que:

Que el valor cobrado equivale al 15% del valor total del convenio interadministrativo al mes de Diciembre de 2024, por valor de 119.763.137 y la diferencia en valor corresponde a la propuesta de reinversión de los recursos inejecutados por valor de 68.752.947 los cuales se invirtieron de la siguiente manera:

1. En la entrega de 111 raciones adicionales en el mes de diciembre de 2024.
2. Devolución pago de póliza.
3. Ajuste Transporte y comunicaciones TH.
4. Apoyo de técnicos en facturación, rips, secop

El valor total a pagar por parte del INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR REGIONAL ATLANTIO, a la ESE Hospital de Baranoa, es por la suma de $188.516.084.

Se expide en Baranoa, Atlántico, a los diecinueve (19) días del mes de Diciembre de 2024.

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
Gerente
ESE Hospital de Baranoa

Proyetó: Rafael Mendoza Insignares
Financiero-ESE Hospital

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA
NIT 890.103.002-7

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO A PROVEEDORES

Baranoa, Diciembre 19 de 2024

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

El suscrito **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA, con Nit 890.103.002-7 y con convenio interadministrativo Nº 08004652024

CERTIFICA QUE:

1. Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la compañía información que he considerado necesaria.

2. He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la entidad se encuentra a PAZ Y SALVO por todo concepto con los proveedores de bienes y servicios, asociados a los proyectos y convenios con el I.C.B.F de acuerdo con las políticas internas de pago de la Institución con corte al mes de Diciembre de 2024

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 19 días del mes de Diciembre de 2024

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSION RIESGOS PROFESIONALES Y PARAFISCALES

Baranoa, Diciembre 19 de 2024

Señores
INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

El suscrito **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA,** identificado como aparece al pie de firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA, con nit 890.103.002-7 y con CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Nº 08004652024.

CERTIFICA QUE:

5- He efectuado los procedimientos de revisión que he considerado pertinente de acuerdo con la norma de auditoria aceptadas en Colombia, con el propósito de verificar el pago efectuado por la E.S.E, por concepto de aportes a los sistemas de salud, pensión, riesgos laborales y parafiscales a 30 de octubre del año en curso.

   El pago de dichos aportes es responsabilidad de la E.S.E. Hospital de Baranoa como parte de su gestión, mi responsabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de Julio 27/2002, es emitir un informe certificando el cumplimiento de la mencionada obligación de pago.

6- Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la E.S.E. información que he considerado necesaria.

7- He verificado el pago de los aportes a todos los sistemas de los últimos seis (06) meses, anterior a la fecha de expedición de la presente certificación e

informamos que la E.S.E. Hospital de Baranoa, ha cumplido con los pagos al sistema de seguridad social y parafiscales, correspondiente a todos los empleados vinculados.

8- Adicionalmente el personal vinculado por contrato de prestación de servicio ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social a Diciembre 30 del año en curso.

Se expide la presente certificación a los 19 días del mes de Diciembre de 2024.

Atentamente

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC 1.048.204.734
Representante Legal

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA
NIT 890.103.002-7

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PAGO AL TALENTO HUMANO

Baranoa, 19 de Diciembre 2024

Señores
INTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Regional Atlántico

Yo, **RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA,** identificado como aparece al pie de mi firma, en calidad de representante legal de la E.S.E. Hospital de Baranoa, con Nit 890.103.002-7 y con convenio interadministrativo 08004652024.

CERTIFICA QUE:

3- Para efectos de esta certificación he obtenido de la administración de la E.S.E. Hospital de Baranoa la información que he considerado necesaria.

4- He efectuado los procedimientos de revisión pertinente y he verificado que la E.S.E. se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de pago al Talento Humano asociado Al proyecto y convenio con el I.C.B.F., de acuerdo con las políticas internas de pago de la institución correspondiente al mes de Diciembre de 2024.

Se expide la presente certificación a solicitud de la parte interesada en Baranoa a los 19 días del mes de Diciembre de 2024.

RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA
CC.1.048.204.734
Representante legal

E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA

NIT 890.103.002-7

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003

Yo**, RAMIRO HERNANDO RADA GOENAGA,** identificado con la cédula de ciudadanía **No. 1.048.204.734** expedida en **Baranoa – Atlántico,** en mi condición de **Gerente de la E.S.E. HOSPITAL DE BARANOA** identificado con el **NIT. No. 890.103.002-7,** certifico el pago de los aportes realizados por la E.S.E Hospital de Baranoa, durante los últimos seis (6) meses calendario, por los conceptos de salud, pensión y riesgos profesionales. Lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 1 de la Ley 828 de 2003; artículo 41 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007; Ley 1607 de2012 y Decreto 1828 de 2013**.**

Dado en Baranoa a los (04) días del mes de Diciembre de 2024

RAMIRO RADA GOENAGA.
GERENTE
ESE HOSPITAL DE BARANOA

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004652024 SUSCRITO EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2024

CERTIFICA:

Que en el mes de **DICIEMBRE** del **2024**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** cumplió con los requisitos establecidos para realizar el **sexto** desembolso al presentar informe técnico con el reporte de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, acompañado de evidencias fotográficas de trabajo en la comunidad, soportes de materiales para educación e información en salud relacionada con la desnutrición, soportes de entrega de la complementación alimentaria, y, levantamiento de actas con las comunidades relacionadas con correspondiente a la ejecución de los meses de **NOVIEMBRE Y DICIEMBRE** de la ESTRATEGIA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN, MODALIDAD 1.000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO en la atención de beneficiarios (Niños y Niñas menores de 5 años y Madres Gestantes) en las áreas de influencia de Centro Zonal Baranoa: Municipio de Tubara (11 cupos), Galapa (19 cupos), Baranoa (42 cupos), Centro Zonal Sabanalarga: Municipio de Sabanalarga (50 cupos), Repelón (50 cupos), Manatí (50 cupos), Luruaco (50 cupos), Centro Zonal Norte Centro Histórico: Puerto Colombia (28 cupos).

El **sexto desembolso** que corresponde al 15% del valor del convenio se realiza teniendo en cuenta las intervenciones efectivamente realizadas y soportadas durante los meses de **NOVIEMBRE Y DICIEMBRE**, así mismo, el valor correspondiente a reinversión de recursos (entrega de RFPP adicional, apoyo transporte y comunicaciones talento humano, apoyo administrativo: aplicativo "Cuéntame" e impuestos) en la ejecución de la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo.

Dada en Barranquilla, a los veinte (20) días del mes de diciembre del 2024.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato

Persona Natural _____
Persona Jurídica __x__

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

LA SUPERVISORA DEL CONVENIO No. 08004652024 SUSCRITO EL DIA 30 DE JUNIO DEL 2024

CERTIFICA:

Que, en el mes de **DICIEMBRE** del **2024**, la **ESE HOSPITAL DE BARANOA** identificada con **NIT 8901030027-0** Representada por **Ramiro Hernando Rada Goenaga** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.048.204.734** ha cumplido a satisfacción con lo establecido en las obligaciones contractuales relacionadas con la presentación de documentos para el sexto desembolso y se encuentra al día en el pago de aportes parafiscales relativos al sistema de Seguridad social integral, así como los propios del SENA, ICBF y cajas de Compensación Familiar, cuando corresponda. Lo anterior dando cumplimiento al artículo No. 23 de la ley 1150 de julio 16 de 2007. Mes de **Noviembre** del 2024.

Periodo de pago 6 desembolso: mes de diciembre/2024

Dada en Barranquilla, a los veinte (20) días del mes de diciembre del 2024.

ROSEMARY MENDOZA SOTO
Supervisora del Contrato